THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

CHARPENTIER (Jean)

Né à Paris, le 26 juillet 1890
Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur. Croix de guerre

DES

Procédés d'Autoplastie Orbitaire

APRÈS EXENTÉRATION POUR TUMEUR MALIGNE

Président : M. MÉNÉTRIER, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET GOSSET LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE Henri	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS PIERRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON COUSIN

LE DOCTEUR ANDRÉ LECŒUR

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR EMMANUEL CHARPENTIER

Chevalier de Légion d'honneur
Croix de guerre
Médecin-major de 2e classe au 108e régiment territorial
Mort au champ d'honneur

A TOUS MES CAMARADES

Tombés au champ d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

Avec nos plus sincères remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en présidant notre thèse. Hommage de ma profonde gratitude et de ma respectueuse admiration.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MORAX

Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

Qui fut notre premier maître en ophtalmologie et nous inspira le sujet de ce travail inaugural. En gage de ma vive reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours témoigné.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR BRAULT

Médecin honoraire des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR PAUL RECLUS *(in memoriam)*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN

Accoucheur des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR MORAX

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A M. le Docteur ROCHON-DUVIGNEAUD

Ophtalmologiste des Hôpitaux
et de la Fondation ophtalmologique Rotschild

A M. le Docteur MAGITOT

Ophtalmologiste des Hôpitaux

A M. le Docteur DENIKER

Chirurgien des Hôpitaux

A MM. les Docteurs BÈGUE, BÉNAZET, R. CHARPENTIER, COUDOUR, CABOCHE, DUCOUDRÉ, GODARD, GUILLAUMAT, HÉBERT, P. MÉRIGOT DE TREIGNY, WALTER.

DES

PROCÉDÉS D'AUTOPLASTIE ORBITAIRE

après exentération pour tumeur maligne

INTRODUCTION

En chirurgie générale, l'exérèse aussi large que possible des tumeurs malignes, est un principe fondamental. Cette idée directrice nous la retrouvons également, dans la chirurgie des épithéliomas de la région palpébro-orbitaire : toute économie mal entendue des tissus, est une porte ouverte à la « repullulation » néoplasique et aux récidives. Le pronostic opératoire d'une tumeur maligne palpébro-orbitaire sera d'autant meilleur, que l'intervention aura été, d'une part plus précoce, d'autre part plus complète, c'est-à-dire enlevée en bloc, très largement.

Ici point de cadre rigide pour le chirurgien : l'étendue plus ou moins large des lésions palpébrales, l'envahissement plus ou moins profond de la cavité orbitaire par la tumeur maligne, l'autorisent à faire toutes résections cutanéo-musculaires et osseuses pour limiter largement, et aussi complètement que

possible, le processus néoplasique. Comme technique chirurgicale pour l'ablation de ces tumeurs, qu'il ait recours soit au procédé classique d'exentération orbitaire, soit au procédé de Faix ou de Golovine, ou à une technique combinée des deux méthodes, suivant chaque cas particulier, il reste un dernier temps opératoire pour combler la large perte de substance : la clôture plastique de la région palpébro-orbitaire.

Pour ces larges autoplasties orbitaires, il n'est pas à proprement parler de procédé exclusif, de choix, nettement supérieur aux autres, qui s'impose d'emblée. Tous les différents procédés de chirurgie esthétique : suture après rapprochement par décollement marginal et mobilisation tégumentaire, recouvrement par lambeaux pédiculés ou non, greffes dermo-épidermiques, peuvent être mis en œuvre, et c'est au chirurgien qu'il importe de choisir pour chaque cas particulier, le mode opératoire qui convient le mieux à chaque intervention. L'étendue de la surface à combler, la « qualité » des tissus environnants où il pourra prendre ses lambeaux, la nécessité de faire sa restauration avec des tissus sains, le souci de ne pas augmenter la défiguration du malade par des cicatrices surajoutées, sont autant de facteurs importants qui lui feront préférer tel procédé à tel autre.

Parmi les observations que nous publions un peu plus loin, on verra que chez deux de nos malades, au cours de récidives, on a dû recourir à des procédés différents pour avoir un meilleur résultat : souvent

enfin on est obligé de combiner deux procédés de plástie pour obtenir un résultat plus satisfaisant.

Ce sont précisément ces différentes méthodes d'autoplastie dans les cas d'ablation des tumeurs malignes palbébro-orbitaires avec large exérèse cutanéo-musculaire, que nous voulons rapidement passer en revue dans ce travail inaugural, et parmi les 22 cas opérés dans le service de notre maître, M. le Dr Morax, à l'hôpital Lariboisière, nous avons pris un certain nombre d'observations qui nous paraissaient plus démonstratives à cet égard.

HISTORIQUE

L'origine des opérations plastiques remonte à la plus haute antiquité. Elles furent pratiquées couramment aux Indes, plusieurs siècles avant l'ère chrétienne.

Vers 1860, Reverdin pour amorcer des îlots secondaires d'épidermisation, inventa le greffe par « petits » lambeaux épidermiques, pris sur un point quelconque des téguments et « semés » sur la région granuleuse. En réalité ces greffes comprenaient non seulement l'épiderme, mais les couches les plus superficielles du derme : c'était déjà en fait des greffes dermo-épidermiques.

Ollier et Thiersch, quelques années après, ne firent au fond, que modifier cette méthode. A la place de ces greffes petites, « clairsemées », ils utilisèrent des lambeaux dermo-épidermiques largement taillées au rasoir, et couvrant cette fois « toute » la surface à greffer.

Les procédés d'autoplastie par lambeaux cutanés « pédiculés » prirent naissance également vers le milieu du XIX^e^ siècle. En France, c'est Blandin qui,

semble-t-il, eut le premier recours à ce mode opératoire.

Lefort, puis Lawson, de Wecker, Panas, Abadie « transportèrent » aux paupières des lambeaux cutanés — tout entiers ou fragmentés (mosaïques de Wecker) — mais d'une façon générale ces lambeaux dermiques, transportés à distance sont beaucoup moins employés, leurs résultats plastiques étant plus aléatoires.

Ces différents procédés d'autoplastie ne donnèrent malgré tout que des résultats médiocres, insuffisants. Il faut arriver à la fin du XIX^e^ siècle pour voir les premiers résultats heureux de cette chirurgie réparatrice. C'est de cette époque en effet, que date la rénovation chirurgicale moderne : la doctrine de l'asepsie et de l'antisepsie mise au jour par Pasteur, appliquée par Lister et vulgarisée par J.-Lucas Championnière vers 1876-1880, permit à l'autoplastie de rentrer dans le domaine de la chirurgie courante, et d'enregistrer ses premiers succès, en mettant le chirurgien à l'abri de la suppuration.

Depuis, de nombreux procédés plus ou moins analogues ont été décrits qui ne diffèrent que par des variantes peu importantes : nous citerons pour mémoire : Dieffenbach, Szymanonsky, Burow, Rogman, Fricke, Snellen, Panas, de Lapersonne, Terrien, Snydacker... dont les noms restent attachés à cette question.

Des Autoplasties de la région palpébro-orbitaire

A côté de l'épithélioma palpébral à marche lente, superficielle, du type « sclérosant », il existe une forme néoplasique simulant tout à fait à ses débuts une tumeur bénigne — un simple chalazion — dont la fréquence des récidives, la rapidité d'extension plus ou moins complète aux paupières, l'ulcération caractéristique et la propagation à l'orbite, confirment la malignité, quand elle n'a pu être établie au premier abord par le chirurgien.

Ici le plus souvent la tumeur prend naissance, non plus sur le bord palpébral lui-même, mais dans la profondeur même des tissus, et n'envahit le bord libre que secondairement. La petite saillie du début, peu appréciable pendant un temps plus ou moins long (dix ans et plus quelquefois !) s'exagère brusquement : les parties centrales s'ulcèrent et la tumeur maligne gagne du terrain, non seulement en surface, mais en profondeur, par infiltration. L'ulcération est étendue, en disproportion, semble-t-il, avec la lésion primitive : elle envahit bientôt les paupières, entame l'orbite après l'avoir encerclé presque complètement, le globe oculaire étant comme « figé » dans le processus néoplasique.

Tel est rapidement esquissé, l'épithélioma palpébral à type « pénétrant », forme des plus fréquentes des tumeurs malignes de la région palpébro-orbi-

taire, qui, le plus souvent impose d'emblée, au chirurgien averti, une exantération orbitaire avec large exérèse des paupières.

Mais l'œuvre du chirurgien ne se limite pas exclusivement à l'ablation aussi complète que possible de ces tumeurs malignes ; il lui reste encore à combler la large perte de substance qu'il vient d'enlever par le bistouri : c'est la partie — « réparatrice » — « plastique » de son intervention.

On peut ramener à quatre les procédés d'autoplastie qui nous intéressent dans le cas particulier :

La suture après rapprochement des bords de la perte de substance par décollement marginal et mobilisation tégumentaire.

Les autoplasties à l'aide de lambeaux pédiculés pris « au voisinage immédiat » de la plaie avec torsion ou glissement du lambeau (méthode indienne ou méthode française).

Les autoplasties par lambeaux pédiculés « pris à distance » (méthode italienne modifiée suivant la technique de Snydacker).

Les autoplasties par greffes dermo-épidermiques.

Le premier procédé a trait surtout aux tumeurs malignes diagnostiquées dès le début, et extirpées aussitôt : ce sont malheureusement les cas les plus rares ! Les autoplasties à lambeaux pédiculés, pris au voisinage ou à distance, les greffes dermo-épidermiques, se rapportent aux tumeurs plus étendues : ces malades se décidant trop souvent à venir consulter tardivement le chirurgien, par pusillanimité,

ignorance de la gravité de leur mal ou appréhension du bistouri !

Toutes ces différentes méthodes de restauration peuvent trouver cependant ici leur mode d'emploi : en chirurgie réparatrice en effet, l'opérateur est souvent obligé de compléter par un second procédé, ce qu'une technique seule n'aurait pu donner comme résultat final. C'est en particulier le cas pour les greffes dermo-épidermiques qu'on associe souvent aux lambeaux pédiculés dans la même intervention, soit au cours d'une récidive, soit au cours d'une autoplastie secondaire.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue ces différents procédés opératoires, leurs techniques, leurs résultats plastiques, en nous arrêtant plus spécialement sur ceux qui nous ont paru, jusqu'ici, donner les résultats les plus satisfaisants.

La suture après rapprochement des bords de la perte de substance par décollement marginal et mobilisation tégumentaire.

La peau est normalement tendue sur les parties sous-jacentes grâce à la tonicité de ses fibres élastiques, mais comme elle est très souple, elle peut s'étendre plus ou moins sur le tissu conjonctif lâche, sous-cutané. Cette propriété d'extensibilité a une importance considérable au point de vue chirurgical. Durant ces quinze dernières années on a été plus

spécialement frappé des ressources très étendues qu'elle pouvait offrir à la chirurgie réparatrice, et c'est à Morestin en particulier, que revient l'honneur d'avoir réglé cette technique et d'en avoir précisé les indications.

Ces autoplasties à grand décollement ont en quelque sorte des régions d'élection : la face antéro-latérale du thorax, la région cervicale, la région inguinale, les masses lombaires... par leur abondance de tissu cellulaire « lâche », se prêtent facilement à ces décollements, et ont permis à cette technique d'enregistrer des succès remarquables (Cf. Cléret F. Th. Paris, 1908-1909).

Le même procédé peut être utilisé en raccourci si l'on peut dire, à la région jugale, où l'épaisseur du tissu cellulaire lâche peut permettre des décollements relativement étendus. C'est spécialement pour faciliter le rapprochement de la lèvre « inférieure » de la perte de substance, que cette technique peut être employée dans la restauration palpébro-orbitaire. A la lèvre « supérieure » de la plaie, ce procédé de décollement étendu ne peut être employé par suite de la présence du sourcil : c'est qu'en effet il amènerait un abaissement fort disgracieux de ce dernier. On doit donc se contenter d'un simple décollement « marginal » très modéré pour ne pas déplacer la région sourcilière et c'est la lèvre « inférieure » qui dans le cas particulier, doit subir, seule, tout le déplacement.

La technique est des plus simples : nous suppose-

rons le cas le plus fréquent, où le chirurgien a dû faire une large exérèse des paupières, son incision supérieure passant à un demi centimètre environ au-dessous du sourcil, et l'incision inférieure rasant le bord du malaire et du maxillaire supérieur.

On sectionne aux ciseaux, ou plus facilement au bistouri tous les tractus celluleux qui unissent le derme aux aponévroses : si le tissu adipeux est assez abondant comme il arrive presque toujours, on peut faire cheminer le bistouri dans l'épaisseur même du derme, en ayant soin, autant que possible, de rester dans le même plan. On a ainsi sectionné sur 5 à 6 centimètres de largeur et 3 à 4 de hauteur, tout ce qui fait obstacle à la mobilité de la peau. La petite hémorragie produite par la section des nombreuses artérioles et veinules qui irriguent le derme, s'arrêtera facilement par simple tamponnement. Quand le décollement entrepris est terminé, l'opérateur dispose d'une certaine « étoffe » : la peau est devenue flottante, les résistances qui la retenaient en profondeur ont été supprimées, il ne reste plus qu'à faire la suture des deux bords de la plaie : la lèvre inférieure franchement mobile s'affrontera à la lèvre supérieure simplement décollée sur son bord marginal. On aura soin de mettre soit un drain, soit une mèche assez grosse, à l'un des angles de la plaie pour drainer la sérosité qui s'écoulera, souvent en assez grande abondance, pendant les premiers jours.

Les résultats opératoires de cette méthode sont des plus encourageants : la surface de recouvrement

est résistante, les cicatrices réduites au minimum, pas de rétraction des tissus, aucune modification de coloration des téguments. Parfois cependant des points de suture peuvent lâcher ; chez les sujets âgés, par manque de souplesse des tissus, amincissement de la couche de tissu cellulaire sous-cutané, cet affrontement des deux bords de la plaie ne peut être fait sur toute leur étendue : il persistera entre les deux lèvres cutanées une petite cavité de 1 à 2 centimètres carrés, qui se comblera soit par cicatrisation secondaire, soit par application de greffes dermo-épidermiques sur la partie cruentée.

On trouvera plus loin trois observations de malades opérés suivant cette méthode et dont les résultats opératoires ont été satisfaisants.

Autoplasties par lambeau pédiculé pris « au voisinage » immédiat de la plaie

La grande vitalité des lambeaux pédiculés, leur rétraction très peu marquée par la suite, donnent à cette méthode de plastie des avantages indiscutables, qui contre-balancent bien facilement les quelques inconvénients qu'on peut lui reprocher, cicatrices surajoutées au niveau de la région temporo-frontale, torsion du pédicule... Il est d'ailleurs facile de parer à ces petits inconvénients en prenant quelques précautions opératoires dont nous parlerons un peu plus loin.

Par l'extrême richesse de sa vascularisation (commune d'ailleurs à tous les téguments de la face) le lambeau pédiculé temporo-frontal ou médio-frontal, est abondamment « nourri » : c'est là le fait important, capital, qui fait toute la supériorité de ce procédé.

D'une part, en effet, le chirurgien peut tailler son lambeau assez long, assez large, sans crainte de sphacèle, d'autre part, sa grande vitalité lui permet de résister mieux que tout autre aux infections toujours possibles, malgré l'asepsie la plus rigoureuse : deux avantages des plus appréciables pour l'opérateur.

A côté de ces avantages, quels sont les inconvénients qu'on leur oppose ? L'effet disgracieux du pédicule plus ou moins tordu, la cicatrice temporo-frontale ?

Ce sont là en réalité des inconvénients de peu

d'importance, et auxquels il est facile de remédier. En effet, si la section cutanée de la région temporo-frontale, médio-frontale ou jugale a été faite d'un « seul jet », franche, nette, sans bavure, si les bords ont été affrontés minutieusement par des points en U, si ces fils ont été enlevés le quatrième ou le cinquième jour au plus tard, la cicatrice linéaire sera bien peu visible, surtout chez la femme, où des artifices de coiffure pourront aisément la masquer. Au bout de trois à quatre mois, d'ailleurs, cette cicatrice sera à peu près invisible.

Quant à la torsion du pédicule, l'effet est évidemment plus disgracieux, mais là encore on peut éviter ce petit inconvénient. Il suffit que le « pied » du lambeau soit exactement à la hauteur de la brèche à combler, plutôt même très légèrement au-dessous. D'ailleurs il est toujours facile par la suite, de réduire ce pli de torsion en faisant une petite retouche à l'anesthésie locale.

Voici rapidement décrite la technique habituelle de ces autoplasties à lambeau pédiculé, telle que nous l'avons vue couramment employer par notre maître, M. le Dr Morax, à l'hôpital Lariboisière.

Ce qu'il importe d'obtenir avant tout, c'est l'asepsisation aussi parfaite que possible du chirurgien et de ses aides, de l'instrumentation et du malade.

Les blouses, les masques, les gants du chirurgien et de ses aides, les champs opératoires, tout le matériel de pansement auront été soigneusement stérilisés à l'autoclave, sous le contrôle des tubes-témoins.

Toute l'instrumentation aura été également stérilisée, mais à « l'air sec » entre 160 et 170 degrés pendant vingt minutes. Du côté malade les soins pré-opératoires habituels à tous les services de chirurgie auront été faits, bain, coiffeur...

Le malade une fois couché sur la table d'opération on commencera par faire une toilette minutieuse de la région palpébro-orbitaire dont on doit faire l'exérèse dans un premier temps : nettoyage prolongé au savon liquide stérilisé, irrigations de sérum physiologique également stérilisé. Les régions temporo-frontale ou jugale sur lesquelles porteront l'autoplastie proprement dite, recevront une seule application de teinture d'iode, faite directement sur la peau, sans lavage préalable.

La région opératoire sera ensuite anesthésiée, dans ces autoplasties avec large exérèse, il est nécessaire de combiner les deux méthodes d'anesthésie — locale et régionale — pour obtenir une anesthésie complète du globe et des paupières, ainsi que des territoires cutanés où vont être prélevés les lambeaux.

Les branches de l'ophtalmique et le nerf maxillaire supérieur seront atteints par injections intra-orbitaires. Le nerf nasal, par une injection profonde faite au niveau de la poulie du grand oblique, en ayant soin de raser la paroi osseuse. Le nerf fronto-lacrymal par une injection profonde (4 centimètres environ) dirigée le long du bord orbitaire externe. S'il le juge nécessaire, le chirurgien pourra encore complé-

ter l'anesthésie par différents « barrages » qui couperont les filets sensitifs superficiels venus du côté opposé de la face.

Cette dernière manœuvre est une excellente précaution. Comme le dit le professeur Duverger « les territoires cutanés n'ont pas la fixité décrite dans les livres d'anatomie ». La division des territoires nerveux sur le sujet n'étant pas aussi schématique qu'elle l'est dans les manuels, le chirurgien ne se repentira jamais d'avoir péché par excès de précaution.

L'anesthésie ainsi faite, la commissure externe étant ouverte comme c'est la règle dans ces larges exérèses, le lambeau sera taillé sur la grandeur de la brèche à combler. En réalité il faudra le tailler un peu plus grand que la surface à recouvrir, et — point important — l'opérateur s'arrangera pour que son pédicule soit sur le même plan que la cavité à clôturer, pour éviter une torsion disgracieuse de la base du lambeau. Après l'avoir fait pivoter de 90 degrés, l'extrémité supérieure de celui-ci sera amenée près de la commissure interne. L'hémostase étant aussi parfaite que possible, on fixera la partie mobile du lambeau à l'angle interne de la brèche par un crin de Florence, les bords de la plaie seront soigneusement affrontés au lambeau pédiculé par des points en U.

Avant d'appliquer des rondelles de gaze et de coton sur la cavité ainsi comblée, on aura soin d'appliquer quelques bandes de tulle gras stérilisées. Ces

bandes de tulle gras, nées de la guerre, répondent à un double but : d'une part elles empêchent toute macération en permettant l'absorption des sécrétions par le pansement à travers les mailles du tulle, d'autre part elles facilitent les pansements en permettant de les renouveler sans traumatiser la plaïe, avantages des plus appréciables quand il s'agit de tissus à vitalité diminuée malgré tout.

Les suites opératoires sont des plus simples. Au bout de quarante-huit heures on change le pansement en évitant soigneusement de toucher au tulle gras. Avec un tampon humide on enlève les sécrétions qui peuvent se trouver au voisinage de la plaie pour éviter les chances d'infection. Le quatrième et cinquième jour on retire le tulle gras avec précaution, on enlève les fils en U, on met un pansement sec. Au bout de quelques jours, dès qu'il n'y a plus de suintement, on laisse la plaie à l'air. Le lambeau souvent plus blanc au début, presque exsangue, reprend peu à peu sa couleur normale et au bout de cinq à six mois, ne se distingue plus de la peau environnante.

Les résultats opératoires sont en général très satisfaisants : nous donnons plus loin deux observations de malades opérés suivant ce procédé.

Autoplasties par lambeau pédiculé « pris à distance »

Lorsque l'épithélioma palpébro-orbitaire, dans sa marche extensive, a envahi l'aile du nez, une partie plus ou moins étendue de la joue, pour obturer ces vastes pertes de substance, il faut des lambeaux d'une dimension telle, qu'on ne peut les tailler au voisinage immédiat de la plaie opératoire. Les greffes dermo-épidermiques que nous étudions plus loin, étant donné leur rétraction ultérieure très marquée, ne peuvent être employées comme seule méthode de plastie. Le chirurgien doit donc rechercher un autre procédé pour ces cas « extrêmes » si l'on peut dire.

C'est encore au lambeau pédiculé que l'opérateur s'adressera, la vitalité de ce dernier lui permettant de tailler de très larges lambeaux, mais il les prendra cette fois « à distance », là où il trouvera l'étoffe nécessaire à sa restauration.

Jusqu'au début de notre siècle on avait toujours suivi pour ce procédé la méthode créée par l'école italienne. Elle consistait à prendre le lambeau à la face interne du bras, pour le suturer à la région palpébro-orbitaire, et imposait une immobilisation du membre supérieur en position des plus pénibles pendant quinze jours environ, jusqu'à la section du pédicule. On inventa bien différents appareils ortho-

pédiques plus ou moins ingénieux pour rendre moins pénible cette contention du bras : camisole orthopédique de Berger 1889, appareil plâtré de Lagrange-Madamet 1903 : malgré tout, cette technique restait fort difficile à imposer aux malades.

Frappé du grave inconvénient de ce procédé, en 1905, E. F. Snydacker (chirurgien à l'hôpital Micheal Reese de Chicago) tout en conservant le principe du lambeau pédiculé pris à distance, eut l'idée de prendre « l'étoffe » nécessaire dans la région latérale du cou, qui offre également toutes les qualités requises pour prendre un bon lambeau : finesse de la peau, souplesse, absence de follicules pileux, extensibilité très appréciable pour le rapprochement cutané.

C'est ce procédé, employé par le Dr Morax sur un malade dont nous publions plus loin l'observation, que nous allons décrire.

La tête étant en position de ligature de la carotide, le muscle sterno-cléido-mastoïdien sera bien étalé, protégeant ainsi la gouttière vasculaire. La longueur du lambeau sera fonction du point extrême à atteindre et comptera un bon centimètre de plus pour la rétraction.

L'incision partira au-dessous et légèrement en arrière du lobule de l'oreille pour atteindre la ligne médiane inter-claviculaire. Là elle décrira une courbe plus ou moins marquée suivant la forme à donner au lambeau et remontera parallèment à la première incision pour se terminer franchement au-dessous et

en arrière de celle-ci, à trois bons centimètres environ. On ne craindra pas de tailler un lambeau assez large, de trois à quatre centimètres : dans cette région latérale du cou, en effet, le rapprochement cutané de la plaie d'emprunt se fera très facilement. Sutures par points en U solidement amarrés. Une seule précaution importante pour le chirurgien : que la base mastoïdienne de son lambeau soit assez large, pour que la torsion du pédicule ne comprime pas les vaisseaux et n'entrave pas ainsi la vitalité du transplant.

Le lambeau ainsi taillé sera mis en place, suturé d'abord par son extrémité libre à l'angle interne de la plaie qu'il doit obturer, puis à toute la périphérie de la cavité. Les sutures seront faites de préférence à la soie et par des points en U affrontés avec soin. Une partie plus ou moins étendue du lambeau passera en « pont » sur la joue et comme M. le Dr Morax l'a montré le premier, il y a là un excédent de tissu richement vascularisé qui peut être très ingénieusement utilisé comme autoplastie secondaire.

Pansement sec, bien capitonné pour éviter toute pression sur le pédicule, ce qui pourrait diminuer l'apport nutritif du lambeau. On changera le pansement toutes les quarante-huit heures, et si la partie non suturée du transplant sécrétait un peu, on n'hésiterait pas à faire des attouchements iodés sur sa face granuleuse, pour éviter tout danger d'infection.

Du dixième au quinzième jour on sectionne le

pédicule et le greffon : ce dernier sera avivé sur les bords, réduit de dimension, diminué d'épaisseur suivant les besoins, et suturé au bord externe de la plaie qui restait à combler.

Tel est brièvement décrit le procédé de Snydacker qui n'est en somme qu'une heureuse modification de la méthode italienne. Les résultats de ce procédé de clôture plastique sont des plus encourageants : la surface de recouvrement est bonne, sans rétraction appréciable, suffisamment résistante. Le lambeau conserve pendant longtemps, il est vrai, une teinte pâle, exsangue, tranchant un peu avec les tissus d'alentour, mais c'est là un petit inconvénient commun à tous les lambeaux pédiculés, qu'ils soient taillés « au voisinage », ou « à distance ».

Autoplastie par greffes dermo-épidermiques

Etant donné l'étendue souvent très notable des exérèses cutanéo-musculaires dans l'ablation de tumeurs malignes palpébro-orbitaires, les greffes dermo-épidermiques sont rarement employées seules comme procédé d'autoplastie. Le plus souvent en effet le chirurgien se servira de ces lambeaux dermo-épidermiques pour compléter l'un des procédés de plastie indiqués dans ce travail, ce qui lui permettra d'obtenir comme résultat final, ce qu'une technique seule n'aurait pu donner.

La suture par rapprochement, même après mobi-

lisation tégumentaire, les lambeaux pédiculés, ne donnent malheureusement pas toujours ce que — théoriquement — on peut attendre de ces procédés.

La difficulté de tailler des lambeaux pédiculés suffisamment larges pour combler la brêche faite par le bistouri, la désunion possible des plaies par des sutures qui n'ont pas tenu ou par infection secondaire, l'impossibilité de mobiliser d'une façon suffisante les téguments par la présence de tissu cicatriciel au voisinage, la fréquence des récidives sur un terrain précédemment restauré, commandent au chirurgien de recourir à ces greffes dermo-épidermiques. C'est un procédé facile, rapide, aux résultats plastiques satisfaisants, qui constitue pour lui une ressource des plus précieuses, une excellente méthode d'autoplastie complémentaire. Le mode opératoire est des plus simples, nous le décrirons rapidement.

Nous supposerons la brêche opératoire prête à recevoir la greffe : la plaie aura été tamponnée avec soin, les petits vaisseaux qui saignent auront été liés au catgut, l'hémostase faite avec minutie, précautions indispensables pour la bonne prise de la greffe, tout hématome sous le lambeau dermo-épidermique compromettant le résultat opératoire.

Dans le service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière, c'est presque toujours à la face antéro-interne du bras que nous avons vu prélever le greffon. C'est qu'en effet cette région remplit parfaitement les conditions voulues : absence de poils d'une part, finesse de la peau d'autre part et commodité du pansement.

La face antérieure du bras est soigneusement nettoyée au savon et désinfectée par une application de teinture d'iode étendue. Quelques injections sous-cutanées de novocaïne adrénaline sont faites au pourtour de la région où va être prélevée la greffe.

Les téguments étant bien tendus par l'aide, le chirurgien empoignant solidement de sa main gauche le bras préparé, de manière à faire saillir convenablement la région anesthésiée, il exécute de sa main droite armée du couteau du Dr Magitot (couteau plat, à lame large et très flexible, bien en main) une série de mouvements de va-et-vient pour détacher un mince lambeau de longueur et largeur désirées. Bien qu'on prenne toujours la précaution d'humecter la lame du rasoir pour éviter l'enroulement de la greffe, il sera presque toujours nécessaire de l'étaler sur le couteau avec une pince « sans griffe », avant de la faire glisser sur la brèche à combler. Une fois en place, l'opérateur veillera à ce que le greffon recouvre complètement la perte de substance, et s'assurera qu'il n'existe aucun plissement, aucun recroquevillement, ce qui modifierait le résultat final. Tulle gras sur la partie greffée, et pansement sec. Pansement sec également sur la face antérieure du bras, où le lambeau a été prélevé.

Les suites opératoires sont des plus simples. On change le pansement au bout de quarante-huit heures en ayant soin de ne pas toucher au tulle gras, dont le rôle protecteur est des plus indiqué pour éviter tout traumatisme de la greffe, si minime soit-il.

Nettoyage du pourtour de la plaie avec un tampon trempé dans du sérum physiologique, pour enlever les sécrétions plus ou moins abondantes qui peuvent s'y trouver. Le huitième ou le dixième jour on supprime le tulle gras. A ce moment la greffe ayant repris, on laisse les choses à l'air. La teinte de la greffe est très voisine de celle des tissus environnants, souvent elle est un peu plus foncée, mais tout s'arrangera dans les semaines qui suivront.

Le seul inconvénient sérieux qu'on puisse trouver à ce procédé d'autoplastie, c'est la rétraction très marquée du lambeau : on peut admettre comme règle générale, qu'elle atteint les deux tiers de la dimension première de la greffe. Il faut d'ailleurs remarquer que cette rétraction est fonction du « terrain » sur lequel sont faites les greffes. Quand on les applique sur des tissus lâches, extensibles comme les paupières par exemple, la rétraction est « très » marquée. Quand, au contraire, ces greffes sont faites sur un plancher solide, résistant, comme le massif osseux de l'orbite, la rétraction est moins marquée : il suffira pour le chirurgien averti, de tailler un lambeau environ deux fois plus grand que celui qu'il veut obtenir comme résultat définitif.

Au point de vue histologique, Garré, Glamon ont montré que les phénomènes qui se produisent dans les tissus greffés sont à peu près les mêmes que ceux observés au cours d'une cicatrisation par première intention.

Comme M. le Dr Morax l'a exposé en 1919 dans sa

remarquable conférence sur « les opérations plastiques de la région orbitaire », à « l'ophtalmological Society » de Londres, dès le deux ou troisième jour apparaissent une vascularisation nouvelle à la limite de la couche profonde du derme, ainsi qu'un afflux leucocytaire très marqué. Du côté des cellules cornéennes on note une élimination plus rapide que de coutume. Vers le dixième jour il est difficile de constater histologiquement la ligne de démarcation entre les deux épithéliums, normal et greffé. Au bout de quinze à dix-huit jours la cicatrisation est terminée, mais il faut des semaines pour que la greffe reprenne la solidité du tissu primitif.

Dans les deux observations que nous publions plus loin, le procédé d'autoplastie par greffe dermo-épidermique a été employé avec un résultat satisfaisant, au cours de récidives dans les deux cas.

OBSERVATIONS

1° Suture par rapprochement après décollement marginal et mobilisation tégumentaire

Observation 3.314

(publiée par M. le Dr Morax.)

B... Edouard, 70 ans, vient consulter pour la première fois dans le service le 27 octobre 1903. Début de la tumeur palpébrale O. D. remonterait à 7 ans. Opéré une première fois aux Quinze-Vingt (Dr Kalt) en 1897, exérèse de la tumeur et blépharorraphie.

Actuellement 28 octobre 1903. Aucune douleur à la palpation mais douleurs spontanées très violentes dans l'orbite et péri-orbitaires, empêchant le sommeil. La paupière inférieure n'existe pas : à sa place se trouve une surface irrégulièrement bourgeonnante, rouge jaunâtre, lardacée, avec quelques croûtes humides, donnant une sécrétion épaisse, grisâtre. Cette surface mesure environ 3 centimètres de longueur sur 2 de largeur, de la commissure externe vers l'angle interne et s'arrête à 1 centimètre environ de celui-ci. Sur la tempe on note une ulcération verticale de 2 centimètres, en contact par sa partie inférieure avec celle de la paupière. Pas de ganglion pré-auriculaire.

La paupière supérieure est attirée en bas et soudée à la commissure par ses deux tiers internes, le tiers externe masque le globe oculaire. Celui-ci est immobile, « figé » dans l'orbite et adhère à la face postérieure de la paupière supérieure. La peau de la joue et de la paupière supérieure est rosée, plus luisante qu'à l'ordinaire, parcourue par de nombreuses veinosités. La joue paraît même augmentée de volume comme si le processus néoplasique avait envahi le malaire. V. O. D = o.

Œil gauche normal. V. O. G. = 5/15. Pupille réagit normalement, pas d'opacités.

On décide de faire sur O. D. une exentération orbitaire totale, avec exérèse des paupières.

L'opération a lieu le 31 octobre (Dr Morax).

Une première incision part de la racine du nez, remonte sur la paupière supérieure, parallèle au sourcil, à 1 centimètre au-dessous de lui, et est prolongée sur la région pariétale de 3 centimètres. Une seconde incision partant également de la racine du nez, sectionne la paupière inférieure au niveau du rebord orbitaire et remonte du côté externe pour atteindre le point terminal de la première.

Dissection de la masse cutanéo-orbitaire circonscrite par les deux incisions, et on place un crin de Florence au niveau de l'angle externe. La traction nécessaire pour rapprocher les deux lèvres de la plaie étant trop considérable, on abaisse légèrement le bord supérieur par une incision horizontale qui passe au-dessus du sourcil, et atteint en dehors la première incision. On unit alors facilement les deux bords externes. On dissèque la partie supérieure interne inférieure, externe de la masse oculaire qu'on isole progressivement,

puis on l'enlève en bloc, après l'avoir détachée assez difficilement des parois orbitaires.

On mobilise la lèvre inférieure de la plaie dans la région jugale, en décollant la peau sur une certaine étendue (4 cent. de largeur sur 2 à 3 cent. de hauteur) à l'aide du bistouri. Les deux bords de l'incision alors rapprochés sont suturés au crin de Florence, sauf au milieu, où il reste une cavité de 2 centimètres carrés environ. On met un drain en déclivité à l'angle externe de la plaie ; suture de l'incision sus-sourcilière. Pansement compressif.

5 novembre. — Pansement. Ablation des fils. Un peu de suintement séro-sanguin.

Incision sus-sourcilière complètement cicatrisée ; incision inférieure cicatrisée, mais moins complètement. On retire le drain. Poudre d'iodoforme dans la petite cavité qui subsiste entre les deux lèvres de l'incision.

6, 7, 9, 11 novembre. — Nettoyage de la plaie. Pansement sec. La petite cavité se rétrécit nettement.

16, 18 novembre. — Bon état. Tissu de cicatrisation rétrécit la cavité qui mesure 1 bon centimètre carré.

28 novembre. — La cavité se ferme « à vue d'œil ».

10 décembre. —La surface cruentée mesure à peine 1 centimètre carré. Très léger suintement. La malade se plaignant de larmoiment à O. G. on lui cathétérise ses voies lacrymales.

9 janvier. — Exéat. Il persiste une petite ulcération de la grosseur d'un pois, recouverte d'une croûte. Cicatrisation sus-sourcilière et temporale parfaite.

Résultat plastique satisfaisant. Au point de vue esthétique : légère dépression de la région orbitaire. L'aspect des

téguments est très voisin de la normale ; la queue du sourcil droit semble très légèrement abaissée.

Observation 82.328

M... Claire, 64 ans. Consulte dans le service pour la première fois le 16 juin 1916. Début de la tumeur à O. G. remonte à vingt ans. Soignée par le radium il y a 10 ans (Dr Darier). Opérée par le Dr Polack une première fois en 1907, une seconde fois pour récidive en 1915. Depuis trois ans traitée par des cautérisations au nitrate d'argent.

Actuellement gros noyau bourgeonnant à la commissure externe O. G. avec induration marquée du rebord orbitaire dans sa partie frontale. Pas de ganglion V.O.G. = 0.

Œil droit normal. V. O. D + 1° = 1.

On propose une exentération orbitaire avec exérèse palpébrale à O. G.

4 juillet. — Incisions palpébrales en « raquette » sur le côté externe pour enlever le noyau commissural. On dissèque la masse orbitaire circonscrite par les deux incisions arquées, et on enlève en bloc le globe oculaire perforé, par où sort le cristallin. On libère le bord marginal du sourcil gauche par quelques petits coups de ciseaux, et dans la partie jugale à l'aide du bistouri, on libère les tractus fibreux qui unissent la peau au tissu cellulaire sous-cutané. « L'étoffe ainsi mobilisée à la lèvre inférieure (sur 4 à 5 cent. de largeur et 2 à 3 de hauteur) permet d'affronter les bords de la plaie au crin de Florence. Pour le drainage on place une grosse mèche près de l'angle externe. Pansement légèrement compressif.

6 juillet. — On enlève le pansement. Léger suintement

séro-sanguin. Aucune réaction locale, on change les mèches. Pansement sec.

9 juillet. — Ablation des fils. Un peu de sécrétion, pas d'odeur. θ = 38 degrés.

11 juillet. — Mèche renouvelée. Sécrétion modérée. θ = 38°2. Pansement.

13 juillet. — Secrétion grisâtre, fluide, assez abondante. Lavage de la cavité au permanganate de potasse à 1/8000, mèche.

14 juillet. — Suppuration diminue. Pas d'odeur. Irrigation au permanganate θ 37°5.

16 juillet. — Sécrétion plus abondante. On continue les lavages. On remplace la mèche par un drain.

17 juillet. — Suppuration à nettement diminué. Lavage Drain nettoyé et remis en place.

19 juillet. — Suppuration a peu près nulle. Suppression des lavages au permanganate. Petite mèche.

20 juillet. — Exeat. Très léger suintement séro-hématique à l'angle externe de la plaie. Bonne réunion des tissus. Résultat satisfaisant.

2 septembre. — Il persiste à l'angle externe une petite fistule où l'on peut engager une sonde lacrymale n° 10. Les téguments ont repris une coloration presque normale.

Observation 100. 283

J... Louis, 46 ans. Employé à la Compagnie du Nord. Début de l'épithélioma à l'angle interne de l'O. G. en 1915.

Pendant dix-huit mois, soigné par les rayons X à la Fondation ophtalmologique Rotschild, sans résultat appréciable.

Vient consulter pour la première fois à l'hôpital Lariboisière le 6 mars 1918.

Opéré le 7 mars 1918 par le Dr Morax : exérèse large du quart interne de chaque paupière et de la base du nez. Blépharorraphie des 3/4 externes. Taille d'un lambeau médio-frontal. Sutures.

24 mars. — Très bon état. Exeat.

2 novembre 1918. — Excision de deux polypes conjonctivaux O. G.

4 octobre 1920. — Entré pour la deuxième fois dans le service.

Le malade présente à O. G. une large ulcération de la commissure interne s'étendant à la paupière supérieure. l'angle supéro-interne de l'orbite semble augmenté de volume, comme si le processus néoplasique avait envahi les parois osseuses.

12 octobre 1920. — Exérèse orbito-oculaire à O. G. (Dr Morax).

On incise à 1 cent. 1/2 de la commissure interne et on prolonge l'incision jusqu'à la commissure externe en reséquant la presque totalité des paupières. Section du nerf optique et des muscles, rugination des parois supérieure et interne de l'orbite. Ablation de l'os planum et de l'os lacrymal, on applique deux anses de catgut sur le pédicule oculaire. Libération marginale de l'incision supérieure, décollement de la région jugale par mobilisation de la peau. Réunion des lèvres cutanées, sauf au niveau de l'angle interne dans lequel, pour assurer le drainage, on introduit une mèche entourée de tulle gras. Pansement.

14 octobre. — On change la mèche. Bonne coaptation des deux lèvres de la plaie.

15 octobre.— Les fils sont enlevés. Attouchement de l'angle interne au nitraté d'argent à 1 o/o. Tulle gras. Pansement sec.

17, 19, 21 octobre. — Même pansement.

23-27-30 octobre. — La petite plaie de l'angle interne se comble régulièrement. La partie cruentée a les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Novembre. — Pansement sec tous les trois jours. La petite cavité se rétrécit de plus en plus.

15 décembre 1920. — Exeat. Persistance d'une petite fistule orbitonasale permettant le passage d'une sonde lacrymale n° 12. Résultat satisfaisant.

28 décembre 1920. — L'orifice fistuleux s'est rétréci : on passe difficilement une sonde n° 6. A la pression, très léger suintement séreux. Attouchement au nitrate à 1 o/o. Les téguments recouvrant la cavité orbitaire sont un peu plus rosés que ceux d'alentour.

2° Autoplasties par lambeau pédiculé pris « au voisinage immédiat » de la plaie

Observation 44. 465

H... Victoria, 58 ans. Blanchisseuse.

Dès la naissance, petit bouton comme une lentille à l'angle interne de l'O. G. A vingt ans, grosseur d'une framboise, d'aspect tomenteux et bosselé. Ablation de cette tumeur quatre ans plus tard à l'Hôpital Saint-Louis. Pas de récidive pendant trente ans.

Il y a quatre ans, en 1907, apparition d'un petit « bouton » au même endroit. A augmenté progressivement jusqu'aux dimensions actuelles.

21 avril 1911. — Tumeur du volume d'une noix, siégeant à l'angle interne de l'O. G. Comprend la moitié interne de la paupière supérieure, la commissure interne empiète sur la racine du nez jusqu'à la ligne médiane environ, envahit les deux tiers de la paupière inférieure. Les bords sont surélevés, avec des bourgeons légèrement suintants, non douloureux à la pression. La paupière inférieure est rongée sur le bord libre et présente une échancrure nette. La paupière supérieure est augmentée de volume, œdématiée. Sur la joue gauche, au niveau de la saillie du malaire, noyau de la grosseur d'une noisette, avec croûte saignant facilement. Depuis deux ans, violents maux de tête localisés à l'hémicrâne gauche. Pas de réaction ganglionnaire.

Mouvements du globe oculaire à peu près impossibles.

V. O. G. — compte à peine les doigts à 20 centimètres.

26 avril. — Exentération orbitaire, exérèse complète des paupières, ouverture des parois antérieure et supérieure du sinus maxillaire (Dr Morax).

Par deux incisions arquées allant jusqu'au plan osseux, on encercle le processus néoplasique de la région orbitaire et le noyau de la joue. On dissèque toute la partie circonscrite : on détache les tissus puis l'aponévrose orbitaire du plan osseux. Un instrument mousse est glissé entre cette aponévrose et l'os, et le contenu orbitaire est libéré, sauf au niveau de son sommet et de la fente sphéno-maxillaire. Quelques coups de ciseaux achèvent cette libération et on enlève ainsi en bloc tout le contenu de la cavité orbitaire.

Curettage du sinus maxillaire et de la paroi interne de l'orbite qui sont envahis.

Taille d'un large lambeau temporo-frontal qu'on fait glisser dans la cavité à combler. Sutures au crin de Florence. Mèche dans l'angle interne de la plaie. Pansement légèrement compressif.

28 avril. — Bon état. Légère sécrétion. On change la mèche. Pansement sec.

29 avril. — Ablation de la moitié des fils. Mèche. Pansement.

3 mai. — On enlève les derniers fils. Bonne prise du lambeau. Léger suintement par orifice de la mèche.

11 mai. — Pas de douleur. Plaie a bon aspect. Suinte toutoujours un peu. Suppression de la mèche.

30 mai. — Légère désunion à l'angle interne de la plaie au niveau de l'orifice d'entrée de la mèche.

1er juillet. — Il persiste une petite cavité de la largeur d'une pièce de cinquante centimes au niveau de l'angle interne : les bords en sont nets. Un éperon presque vertical sépare le fond de la cavité en deux parties : l'une supéro-interne, l'autre inféro-externe. Cette dernière suppure un peu, attouchement au nitrate d'argent à 1 o/o. Exeat.

10 juillet. — Malade revient au pansement. Bon aspect.

12 janvier 1912. — Persistance d'une petite fistule naso-orbitaire réduite à cinq millimètres de largeur sur un centimètre de profondeur. Le lambeau présente une colloration identique à celle des tissus environnants. Résultat esthétique satisfaisant.

Observation 48.439

L... Théophile, 60 ans. Depuis l'âge de 30 ans a remarqué un petit bouton sur l'aile gauche du nez, au voisinage immédiat de l'angle interne des paupières. Souvent écorché par le malade, ce petit bouton s'est agrandi et ulcéré progressivement. Etat stationnaire depuis deux ans. L'ulcération non douloureuse à la pression, ne gênant en rien le malade, saigne facilement et assez abondamment.

Le 7 novembre 1911, vient consulter pour la première fois.

Ulcération très étendue, mesurant 6 centimètres de largeur sur 4 de hauteur, occupant toute l'aile gauche du nez et la commissure interne. Destruction complète de la paupière inférieure et envahissement de la joue au niveau du rebord orbitaire inférieur. La paupière supérieure paraît saine en surface, mais elle adhère à la partie profonde. Impossibilité presque complète de la relever. Le globe oculaire gauche est immobile ; aucune douleur accusée par le malade. Pas de réaction ganglionnaire. V. O. G. = 0.

11 novembre. — Exentération orbitaire avec large exérèse des deux paupières, de l'aile gauche du nez et de la partie supérieure de la joue (Dr Morax).

Incision arquée allant jusqu'au plan osseux. La tumeur ayant gagné le sinus maxillaire, on en fait le curettage. Ablation de toutes les parties osseuses envahies par le processus néoplasique. On taille deux lambeaux (temporo-frontal et jugal) concentriques à l'orbite. Le supérieur est ramené jusqu'au voisinage du lobule du nez, l'inférieur est affronté par son extrémité libre au précédent à l'aide de crins de

Florence. Entre ces deux lambeaux, étant donné la vaste perte de substance, il persiste une cavité de diamètre sensiblement égal à l'orbite, faisant communiquer ce dernier avec le sinus maxillaire. Mèche. Pansement légèrement compressif.

13 novembre. — Bon état de la plaie. Un peu de sécrétion. Mèche iodoformée.

16 novembre. — Ablation des fils. Bon aspect de la plaie qui ne suinte plus. Il existe un point légèrement douloureux à la partie inférieure de la plaie, au niveau de l'angle externe. Mèche, pansement sec.

28 novembre. — La plaie se comble lentement. Bon état. Pas de suppuration.

15 décembre. — L'orifice des communications entre le sinus maxillaire et l'orbite diminue sensiblement.

12 janvier. — Le travail de cicatrisation se fait régulièrement : l'orifice de communication des deux cavités mesure un centimètre carré environ. Pas de sécrétion, pas d'apparence de nouvelle prolifération au niveau des lambeaux.

13 mars. — Exeat. L'orifice de communication mesure 5 millimètres carrés.

12 juin. — Petite croûte recouvrant l'ulcération, de la taille d'une grosse lentille.

Résultat satisfaisant : cicatrices temporo-frontal et jugale parfaites.

La coloration du lambeau est identique à celle des tissus environnants, sauf autour de la petite ulcération, où elle est un peu plus foncée.

3° Autoplasties par lambeau pédiculé « pris à distance »

Observation 32.191

J... Eva, 64 ans, ménagère. Début il y a dix-sept ans par un petit « bouton » sur l'aile droite du nez. Ablation de cette petite tumeur en enlevant un rectangle cutané de 2 centimètres sur 1 (Dr Dufour, de Meaux). Quatre ans après néoformation sur l'aile droite du nez, empiétant sur la joue, légèrement au-dessous de la paupière inférieure, mais sans atteindre cette dernière.

Consulte à Saint-Louis : on lui fait un grattage puis des applications de radium. Suit ce traitement pendant deux ans, Le processus néoplasique envahissant la paupière inférieure elle vient consulter à Lariboisière.

26 avril 1909. — Ulcération comprenant l'aile droite du nez et envahissant la joue un peu au-dessous de la commissure interne, semble adhérer au plan profond. Croûtes jaunâtres, saignant facilement.

La paupière supérieure est bridée par suite d'adhérences à la commissure interne. Cette paupière supérieure est œdématiée et se laisse difficilement entr'ouvrir pour l'examen du globe. Avec peine on arrive à voir un moignon presque immobile, avec une ulcération de la cornée.

La paupière inférieure est attirée en bas et paraît adhérente au plancher de l'orbite. On note une large ulcération allant jusqu'à l'angle interne.

La peau située au-dessous de l'ulcération a un aspect lisse, avec de nombreuses veinosités. Par l'ulcération de l'aile

du nez on voit les cornets : on ne note pas de néoformation sur ces derniers. Pas d'adénopathie : le malade ne souffre pas.

5 mai 1909. — Exentération orbitaire, résection des paupières et de ce qui reste de l'aile du nez (Dr Morax). Curettage de l'orbite, ablation de la paroi interne mettant à nu les cellules ethmoïdales. On prélève un large et long lam- à la région cervicale droite. La partie libre du lambeau, pivotant sur son large pédicule supérieur (région mastoïdienne) est ramenée sur l'orbite dont elle comble toute la vaste brèche. Sutures par points en U, à la soie et au crin de Florence. Rapprochement de la plaie d'emprunt par glissement, et crins en U solidement fixés. Drainage en déclivité par une mèche placée à l'angle interne de la brèche restaurée. Pansement légèrement compressif.

7 mai. — La partie du lambeau qui obture la moitié interne de l'orbite se sphacèle, et est réséquée ; la partie externe du lambeau adhère bien. Il persiste donc une communication entre la partie interne de la plaie et l'orifice nasal droit, dont l'aile manque presque totalement. Lavage au permanganate de potasse à 1/8000 jusqu'à élimination complète des tissus sphacélés.

26 mai. — Autoplastie secondaire. Utilisation du pédicule pour combler la partie interne de l'orbite et l'aile droite du du nez (Dr Morax).

Le lambeau encore adhérent est sectionné à sa partie la plus externe, près du pédicule, et rabattu sur la partie nasale en formant une véritable « anse ». Cette partie externe, devenue interne, comble la partie inféro-interne de la plaie et est suturée. Drainage en déclivité, le drain passant par la narine droite. Pansement sec.

31 mai. — Le lambeau adhère bien à sa partie inférieure et à l'extrémité du nez. Ablation des fils. Drain, pansement.

3 juin. — On supprime le drain. Bon aspect.

11 juin. — On sectionne le pédicule de l'autoplastie secondaire. Suture en U.

13 juin. — Pas de réaction, pas de sphacèle.

2 juillet. — Excision d'une partie du tissu fibro-conjonctif du lambeau nasal. Amincissement au couteau, puis réunion des bords de l'orifice faisant communiquer le nez et l'orbite.

4 juillet. — Bon aspect. Un peu de sécrétion. Bonne prise du lambeau.

15 juillet. — Exeat. Le nez est moins disgracieux, la narine est perméable La surface de recouvrement orbitaire est résistante ; seule la coloration du lambeau tranche par sa pâleur, sur les tissus voisins. La cicatrice cervicale est parfaite.

9 novembre. — Bon aspect de la restauration palpébro-orbitaire.

22 avril 1910. — Pas de récidive. La coloration du lambeau est très voisine de la normale et tranche beaucoup moins sur les tissus d'alentour.

7 octobre 1911. — La malade revient consulter dans le service : on constate au niveau de la base du nez une ulcération transversale (de 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur) correspondant à un soulèvement de la paroi antérieure du sinus frontal.

8 octobre 1911. — Exérèse de la tumeur. Rugination et

autoplastie par lambeau pédiculé pris à la région médio-frontale. Pansement.

11 octobre. — Bon état de la plaie. Pansement.

13 octobre. — Ablation d'une partie des fils. Un peu de « rougeur » du lambeau.

17 octobre. — La partie correspondant à l'angle interne de l'orbite est légèrement désunie. A la pression on fait sortir une goutte de pus.

19 octobre. — Il persiste deux petites fistules à l'angle interne de la restauration palpébro-orbitaire droite. Cautérisation et suture.

23 décembre. — Bon état du lambeau. Résultat esthétique satisfaisant.

4° Autoplasties par greffes dermo-épidermiques

Observation n° 72.549

R... Charles, 80 ans. Début de l'épithélioma au niveau de la commissure interne des paupières O. G., en 1908, puis extension à la paupière inférieure. Opéré à deux reprises aux Quinze-Vingt par le Dr Chevallereau, à six semaines d'intervalle, en mars et avril 1915.

31 mai 1915. — Vient consulter dans le service.

Tumeur bourgeonnante, irrégulière, de 2 centimètres de diamètre environ, occupant la partie moyenne de la paupière inférieure O. G. Tumeur non douloureuse à la pression. adhérente au plan profond. A la partie externe la peau paraît saine. A la partie interne, lésion cicatricielle, déprimée, au niveau de laquelle il n'y a pas eu de récidive. Secré-

tion séro-purulente. Le globe oculaire est caché par la tumeur. V. O. G. : perception lumineuse.

9 juin 1915. — Eviscération orbitaire avec résection partielle des paupières (Dr Morax). Suture des lèvres de la plaie après rapprochement par décollement marginal. Réunion au crin de Florence. Mèche. Pansement compressif.

15 juillet. — Exeat. Il reste une perte de substance de deux centimètres carrés entre les deux lèvres de la plaie, celles-ci ne s'étant pas coaptées par suite d'élimination de débris sphacelés.

Le malade revient dans le service le 19 avril 1920 pour récidive. Les paupières et la surface cutanée qui recouvre l'orbite sont absolument intactes, mais on voit une ulcération à contour circiné occupant l'aile gauche du nez, sa racine, et s'étendant jusqu'au voisinage de la commissure interne du côté droit. Toute la surface cutanée nasale présente des villosités. Pas de réaction ganglionnaire.

1er mai 1920. — Exérèse de la région dorsale et latérale gauche du nez. Autoplastie à l'aide de deux lambeaux dermo-épidermiques prélevés au niveau de la face antéro-interne du bras droit. Tulle gras. Pansement sec.

3 mai. — On change les rondelles de gaze sans enlever le tulle gras.

5 mai. — Le tulle gras est supprimé. Petites surfaces suintantes à la partie inférieure des greffes. Nettoyage de la plaie. Attouchement au nitrate à 1 o/o. Tulle gras. Pansement sec.

7-9 mai. — Bon aspect. Nitrate Ag. Pansement.

12-15 mai. — Toujours un peu de sécrétion à la partie inférieure de la greffe. Nitrate Ag. à 3 o/o.

17 mai. — On touche toute la périphérie de la greffe au crayon de nitrate.

19 mai. — Bonne prise de la greffe. Au niveau de la commissure interne de l'O. D., petit foyer purulent. On incise : quelques gouttes de pus.

22 mai. — Très bon état de la greffe. Le malade passe en médecine pour traitement d'une affection urinaire ancienne.

Observation 127.707

F... Thérèse, 55 ans, ménagère. Début il y a vingt ans par une petite « grosseur » au niveau du front à la limite du cuir chevelu, dans la région fronto-pariétale droite. Restée longtemps stationnaire, puis il y a quatre ans, s'est étendue (diamètre d'une pièce de 2 francs) et s'est ulcérée. A ce moment, cautérisée par le Dr Thibierge. Opérée pour tumeur de la paupière supérieure O. D. en août 1918 par le Dr Morestin, puis par le Dr Brocq en 1919 : blépharoplastie et greffes.

4 novembre 1920. — Actuellement lésion cicatricielle de la région frontale du côté droit, ulcération occupant la commissure externe de l'O. D. Semble adhérer au massif osseux et envahir le bord supérieur de l'orbite. Au niveau de la paupière supérieure, à la partie interne, cicatrice adhérente. La paupière inférieure est attirée en haut, et cache la pupille. Les mouvements de l'œil sont en partie conservés.

10 novembre. — Exentération orbitaire avec large résection des paupières (Dr Morax). Deux incisions arquées circonscrivent toute la région à enlever en bloc. La première part de la racine du nez, suit le bord du sourcil à un demi centimètre au-dessous de lui et se termine sur la région pariétale, à un bon centimètre de la commissure externe. La

seconde incision part également de la racine du nez, sectionne la paupière inférieure au niveau du rebord orbitaire et rejoint la première incision sur la région pariétale droite.

Ces incisions vont d'emblée jusqu'au plan osseux. On fait en bloc l'ablation de la tumeur ainsi circonscrite. Rugination du périoste. On enlève un segment de la paroi orbitaire supéro-externe. Deux crins de Florence sont placés à la partie externe de la plaie. On comble l'espace compris entre les deux lèvres de la plaie par de larges greffes dermo-épidermiques prélevées sur la face antéro-interne du bras gauche. Tulle gras. Pansement sec.

12 novembre. — Bon aspect de la greffe. Pansement renouvelé sans toucher au tulle gras.

14 novembre. — Bonne prise des lambeaux dermo-épidermiques. Nettoyage de la plaie. Tulle gras, pansement.

16 novembre. — Excision d'un petit noyau néoplasique ulcéré (grosseur d'un pois) au niveau du front, région médiane, à la limite du cuir chevelu. La brèche est comblée par une greffe dermo-épidermique prélevée au bras droit.

28 novembre. — Exeat. Excellent état et prise parfaite des greffes. Pansement sec.

16 décembre 1920. — Au front, la surface excisée est complètement cicatrisée. Coloration normale du lambeau dermo-épidermique. A la partie supérieure de l'orbite on note quelques bourgeons avec légère suppuration. Curettage sur deux centimètres carrés. Tulle gras, pansement.

18 décembre. — Epidermisation secondaire est en bonne voie. Pansement. Pas de secrétion.

28 décembre. — Epidermisation à peu près complète de la surface curettée. Tulle gras, pansement. Résultat opératoire très satisfaisant.

CONCLUSIONS

Pour combler la perte de substance qui résulte de l'exérèse des tumeurs malignes palpébro-orbitaires, après exentération de l'orbite et résection des paupières, le chirurgien dispose d'un certain nombre de procédés :

I. — La suture par rapprochement après décollement marginal et mobilisation tégumentaire. Procédé suffisant lorsqu'après exérèse du globe et de l'orbite, on n'a pas été forcé de faire une large résection des tissus cutanés. D'un mode opératoire simple, a l'avantage de ne pas aggraver la « défiguration » par cicatrices nouvelles.

II. — Les lambeaux pédiculés « pris au voisinage ». D'une technique facile, donnent des résultats éloignés satisfaisants : rétraction ultérieure très peu marquée, le lambeau reprend avec le temps la coloration normale des tissus. Ne permettent malgré tout qu'une « réparation relative » , le chirurgien ne pouvant tailler en effet que des lambeaux très limités comme dimension, étant donnée l'étendue réduite du « champ » dont il dispose.

III. — Les lambeaux pédiculés « pris à distance »

suivant le procédé de Snydacker. Employés spécialement dans les larges exérèses, au cours des récidives. Permettent la taille de lambeaux « très » étendus, sans rétraction marquée par la suite. Ne laissent pas de cicatrices faciales surajoutées. Donnent au chirurgien la possibilité de faire sa restauration avec des tissus « non cicatriciels » et de pratiquer des autoplasties secondaires à l'aide du « pont » jugal. Cependant, ces lambeaux cervicaux à pédicule supérieur ne sont pas applicables s'il ya « infection » de l'ulcération néoplasique. De plus, il est absolument nécessaire de surveiller très minutieusement le bon état du « pont » jugal pour prévenir toute infection possible de ce côté, infection dont la transmission à un large lambeau à nutrition ralentie, compromettrait le résultat final.

IV.— Les greffes dermo-épidermiques. D'un mode opératoire facile, permettent au chirurgien de faire son autoplastie avec des tissus « sains » non « cicatriciels », avantage des plus appréciables. Combinées aux procédés ci-dessus, ces greffes constituent — malgré leur rétraction ultérieure « très » marquée (rétraction d'ailleurs variable suivant le « terrain » où elles sont appliquées) — une ressource des plus précieuses pour l'opérateur. Des différents procédés d'autoplastie, c'est assurément celui qui a fait le plus de progrès dans ces dernières années, et qui a permis à la chirurgie réparatrice d'enregistrer des résultats très satisfaisants.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Des opérations qui se pratiquent dans un but esthétique sur des yeux perdus, difformes et douloureux (Gazette méd. de Paris, 1884).

Axenfeld. — Traité d'Ophtalmologie.

Badal. — Autoplasties oculaires à pont transbordé (Bulletin de la Soc. française d'Ophtalmologie, 1902).

Babiaud (Ed.). — Procédé nouveau d'exentération orbitaire dans les cas de tumeurs malignes diffuses. Thèse de Paris, 1910.

Benoît (M.). — Restauration de la cavité orbitaire par autoplastie chez les blessés de guerre. Thèse de Paris, 1920.

Bichon. — Quelques observations de chirurgie oculaire de guerre (Archives médicales d'Angers, 1917).

Bogros. — Des tumeurs de l'orbite. Thèse de Paris, 1854.

Bolliet. — De la greffe oculaire et de ses applications principales à la chirurgie oculaire. Thèse de Paris, 1882.

Bunje. — Ueber exenteratio des Auges (Deut. med. Zeitung, 1888).

Burklart. — Durée de la vie et de la vitalité des cellules de l'épiderme notamment au point de vue des greffes oculaires (Deut. Zeit. fur chirurg., LXXIX).

Carvalho (José de). — Autoplasties palpébro-faciales à lambeau pédiculé cervical (procédé de Snydacker) avec ou sans utilisation du pédicule. Technique modifiée par le Dr Morax. Thèse de Paris, 1917-1918.

Chaillons. — L'opération de Krœnlein dans les affections de l'orbite. Thèse de Paris, 1900-1901.

Chouquet. — Enucléation du globe oculaire et opération conservatrice. Thèse de Paris, 1900-1901.

Cléret (*F.*). — Des autoplasties à grand décollement (Méthode de Morestin). Thèse de Paris, 1908-1909.

Czermark. — Die Augenartichen operationen. Sochter Heft, 1894.

Depage. — Rapport sur la chirurgie réparatrice de la face (XVIII[e] Congrès français de Chirurgie. Paris, 1905).

Demarquay. — Des tumeurs de l'orbite. Thèse de Paris, 1853.

Dujardin. — De l'exentération du globe oculaire (Revue clinique d'Ophtalmologie, 1885).

Dügenet — Des tumeurs de l'orbite. Thèse de Paris, 1852.

Dupuy-Dutemps. — Epithélioma de l'orbite opéré par le procédé de Faix, sans récidive depuis deux ans (Bull. de la Soc. d'Ophtal. de Paris, 1911).

Duverger. — De l'anesthésie locale en chirurgie oculaire.

Duverger et Velter. — Ophtalmologie de guerre (Précis bleu horizon).

Fage. — Valeur et indications de l'exentération du globe oculaire (Société franç. d'Ophtalmologie. Congrès de mai, 1892).

Faix et Dupuy-Dutemps. — Tumeurs malignes de l'orbite (Revue de Chirurgie, juin 1910).

Franke. — Sur la greffe de Thiersch en ophtalmologie (Soc. médicale de Hambourg, 1893).

Fiske. — Exenteratio sive evisceratio bulbi (American Journal of. ophtalmology, janv. 1885).

Gineste. — Contribution à l'étude des plaies de guerre. Suture secondaire et réparation autoplastique secondaire. Thèse de Paris, 1917-1918.

Græff (*A.*). — Exenteratio bulbi Kli monotsblat. Januar 1885.

Golovine (*S.*). — Procédés de clôture plastique de l'orbite (Archives d'Opht., 1898).

— Exenteratio orbito sinusoïdalis (An. d'oculistique, 1909).

Greemvood (*A.*). — Primary treatment of war injuries to orbite (Am. Journal Opht. Chicago, 1919).

Hartman et Berger. — Traité de chirurgie.

Haslan. — Nouveau procédé pour combattre la rétraction cicatricielle des tissus orbitaires après énucléation (Collège médical de Philadelphie).

Hérail. — Sur les greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch. Thèse de Montpellier, 1911-1912.

Igersheimer. — Sur les opérations dans les blessures de l'œil (Kli. monatsblat. für Augenheilkunde, 1915).

Kacaourow. — De l'exentération du globe oculaire (Wratch, 1888).

Kuhnt. — Sur les opérations plastiques dans les blessures oculaires de guerre (Soc. d'Opht. d'Heidelberg, 1916).

Küster. — Zentralblat. für Clin., 1890.

Lagrange. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'orbite (Soc. française d'Ophtal., 1903).

— Traité des tumeurs de l'orbite, t. II.

— Valeur de l'exentération du globe oculaire au point de vue prothèse (Soc. Méd. et Chirurg. de Bordeaux, 1892).

Lavaux. — Essai sur le cancer secondaire de l'orbite. Th. Paris, 1913-1914.

Leblanc. — De l'exentération de l'orbite. Thèse de Paris, 1894.

Lévy. — Osteoplasticher Ersatz des Infraorbitalbrandes nach Kriegswerketzungen (Zentralblat. fur clin. Leipzig, 1915).

Magitot. — Rapport sur la réfection des paupières et de la cavité orbitaire appliquée aux blessures de guerre cicatrisées (Bul. Soc. d'Opht. de Paris, 1916).

Margerin. — Du traitement de l'ectropion cicatriciel des paupières par les greffes dermo-épidermiques. Thèse de Paris, 1920.

Mavel. — De l'exentération du globe oculaire. Thèse de Paris, 1884.

Mazet. — Les greffes d'Ollier-Tiersch (Soc. franç. d'Ophtal., 1905).

Morax. — Précis d'Ophtalmologie.

— Plastic opération on the orbital région (Trans. of the Ophtal. Society. Londres, 1919).

— Annales d'oculistique, 1908-1918.

Morestin. — La mobilisation tégumentaire par décollement très étendu et ses applications à la chirurgie réparatrice (Journal de Chirurgie, 1911).

— Traité Le Dentu Delbet, t. XVII.

— Congrès de Chirurgie, 1912-1915-1916-1917.

Nicodemi. — Contribution aux indications, à la technique, à la casuistique de l'exentération du globe oculaire (Archivi di ottalmologia, 1897).

Nimier. — Enucléation, exentération, excision de l'œil (Gazette hebdo. de Médecine et Chirurgie, 1890).

Panas. — Traité des maladies des yeux, t. II.

Posey (*W. C.*). — Epithelioma of orbite (Am. Journ. Ophtal. Chicago, 1918).

Rollet. — Revue générale d'Ophtalmologie, 1908.

— Pronostic des cancers primitifs de l'orbite (Arch. d'Opht., 1920).

— Communication sur les cancers de l'orbite (Congrès d'Opht., 1910).

— Vingt-deux observations de tumeurs de l'orbite (Bul. Soc. franç. d'Opht., 1907).

Romanio Cattana. — Archivi di Ottalmologia, 1894-1895.

Routier. — Etude critique sur les différents procédés d'énucléation, d'exentération, d'amputation du globe oculaire et sur leur valeur respective. Thèse de Bordeaux, 1885-1886).

Ruecker-Carlos. — Contribution à l'étude des angio-fibromes de l'orbite. Thèse de Paris, 1908).

Ssapiejko. — Contribution clinique à l'étude de la greffe muqueuse (Wiestnik Oph., 1891).

Schwend et Posey. — Some observation on the restoration of the orbital socket (Trans. Am. Oph. Soc. Philadelphie, 1918).

Snydacker (*E. P.*). — Snydacker's blepharoplasty in Morax's clinic (Am. Journ. Opht. Chicago, 1919).

Terrien. — Autoplasties par lambeau pédiculé (Soc. d'Oph. de Paris, 1905).

— Chirurgie de l'œil, 1902.

Terrier. — Quelques recherches et quelques remarques sur la greffe oculaire (Arch. opht., 1886).

Terson. — Traité le Dentu-Delbet, t. XVII.

Valude. — Encyclopédie française d'Ophtalmologie, t. V et IX.

Wecker (*de*). — De la greffe dermique en chirurgie oculaire (An. d'Ocul., 1872).

Wecker (*de*) *et Landolt*. — Traité d'Ophtalmologie, t. I.

Villard. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'orbite. Thèse de Paris, 1900-1901.

Vu : le Président de thèse
MÉNÉTRIER

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4939-21